Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/3723

12. 12. 88

Sachgebiet 53

Große Anfrage

der Abgeordneten Kolbow, Horn, Dr. Böhme (Unna), Daubertshäuser, Erler, Frau Fuchs (Verl), Gerster (Worms), Heistermann, Dr. Klejdzinski, Koschnick, Kühbacher, Leidinger, Leonhart, Opel, Dr. Scheer, Steiner, Frau Traupe, Zumkley, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD

Sanitätsdienstliche Versorgung der Bundeswehr

Aus der Antwort der Bundesregierung vom 21. Januar 1987 – Drucksache 10/6800 – auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD – Drucksache 10/6339 – zur sanitätsdienstlichen Versorgung der Bundeswehr geht eindeutig hervor, daß auf den beiden wesentlichen Aufgabenfeldern des Sanitätsdienstes, nämlich der Realversorgung der Soldaten im Frieden und der Einsatzbereitschaft für den Verteidigungs- und Katastrophenfall, noch immer erhebliche Mängel bestehen. Die Fraktion der SPD verzichtet in dieser erneut gestellten Großen Anfrage bewußt auf die Auseinandersetzung mit den Antworten der Bundesregierung vom Januar 1987 im einzelnen, weil sie zu der Auffassung gelangt ist, daß mit einem Nachbessern der angesprochenen Mängelsituationen weder dem Sanitätsdienst noch der Truppe geholfen ist.

Es erscheint vielmehr erforderlich, Auftrag, Stellung in den Streitkräften und die zur Erfüllung des Auftrages notwendige Gesamtstruktur eines modernen Sanitätsdienstes zu hinterfragen.

Die Fraktion der SPD ist der Auffassung, daß gerade der Sanitätsdienst der Bundeswehr vor dem Hintergrund der Herausforderungen der 90er Jahre einer grundsätzlichen konzeptionellen und strukturellen Veränderung bedarf. Es darf nicht geschehen, daß die Schwachstellen des jetzigen Systems in die notwendig werdenden Veränderungen der Streitkräfte übernommen werden.

Noch vor dem Eintritt in das kommende Jahrzehnt müssen die Grundlagen dafür geschaffen werden, daß die folgenden drei Kernziele so schnell wie möglich erreicht werden können:

1. Die medizinische Versorgung unserer Soldaten muß in ihrem Ablauf zeitgemäß gestaltet und in der Qualität dem zivil-medizinischen Standard auf allen Behandlungsebenen mindestens gleichgestellt sein.
2. Die Ausbildung des Sanitätspersonals muß im Frieden den gesetzlichen Forderungen an die Berufe im Gesundheitswesen

entsprechen und darüber hinaus den für Spannungs- und Verteidigungsfall notwendigen wehrmedizinischen Aufgaben gerecht werden.

3. Der Sanitätsdienst muß so strukturiert und in das Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung eingepaßt werden, daß er unter allen Einsatzbedingungen führbar wird und die sanitätsdienstliche Einsatzbereitschaft stets gewährleistet ist.

Die Fraktion der SPD bekennt sich zu der Auffassung, daß der Sanitätsdienst angesichts der internationalen politischen und industriellen Entwicklung seinen Auftrag nicht mehr länger ausschließlich aus dem Einsatz im Verteidigungsfall ableiten kann, sondern daß er jeder Katastrophe, sei sie militärischer oder nichtmilitärischer Natur, im Rahmen seiner humanitären Verpflichtung gewachsen sein muß.

Wir fragen die Bundesregierung:

A. **Die medizinische Versorgung der Soldaten**

1. *Vorbemerkung*

Das System der medizinischen Versorgung unserer Soldaten ist überholt. Selbst in den Antworten auf die Große Anfrage von 1987 werden die in den Fragen angesprochenen Mißstände wie mangelndes Entscheidungsrecht des qualifizierten Truppenarztes, aufwendige Patiententransporte, überlange Wartezeiten an Bundeswehrkrankenhäusern usw. zum größten Teil nicht einmal abgestritten, sondern lediglich als unabwendbar bezeichnet.

2. *Organisationsstruktur*

2.1 Truppenärztliche Behandlungsebene

2.1.1 Rechte des Truppenarztes

1. Sieht die Bundesregierung nicht auch endlich die Zeit gekommen, die Diskussion um die Verbindlichkeit truppenärztlicher Empfehlungen zur Befreiung erkrankter Soldaten vom Dienst dahin gehend zu beenden, daß die unteilbare Verantwortung des Truppenarztes für die ihm anvertrauten Soldaten in den Vordergrund gestellt und der G1-Hinweis 1/82 entsprechend geändert wird?

2.1.2 Qualifikation des Truppenarztes

2. Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu ergreifen, damit die Truppenärzte dieselbe Qualifikation erreichen wie sie im zivilen Bereich bei niedergelassenen Ärzten als selbstverständlich vorausgesetzt wird?

2.1.3 Truppenarzt als Familienarzt

3. Welche Voraussetzungen sind nach Ansicht der Bundesregierung noch zu schaffen, damit jeder Truppenarzt auch als Arzt für die ganze Familie der Soldaten tätig werden kann?

4. Inwieweit kommt dabei einer Erweiterung der Erlaubnis zur Nebentätigkeit Bedeutung zu?

2.1.4 Freie Arztwahl

5. Warum verschließt sich die Bundesregierung nach wie vor der berechtigten Forderung, insbesondere der längerdienenden Soldaten, nach angemessener ärztlicher Versorgung durch freie Wahl des Arztes am Standort?

6. Muß unseren Soldaten nicht wenigstens so lange das Recht auf freie Arztwahl zugestanden werden, wie qualitative Defizite in der truppenärztlichen Versorgung bestehen?

2.2 Fachärztlich-ambulante Behandlungsebene

2.2.1 Facharztgruppen in Sanitätszentren (SanZentren)

7. Wie gedenkt die Bundesregierung, dem Beschluß des Verteidigungsausschusses vom 12. November 1986 gerecht zu werden, das Konzept mit 100 SanZentren mit einer zur Vermeidung langer Wegstrecken und zur qualitativen Verbesserung der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung angemessenen Facharztdichte zu verwirklichen?

2.2.2 Anbindung von SanZentren an Bundeswehrkrankenhäuser

8. Teilt die Bundesregierung die Meinung der Fraktion der SPD, daß eine Anbindung bzw. Unterstellung der SanZentren an/unter Bundeswehrkrankenhäuser die Stellung dieser Zentren gegenüber der Truppe verbessern und den fachlichen Qualitätsstandard eher sicherstellen würde als eine Unterstellung unter Kommandobehörden der Truppe?

2.2.3 Anpassung der Erlaßlage

9. Hält es die Bundesregierung für vorstellbar, daß die mit der ZDv 60/7 vorgegebene Erlaßlage, wonach die Konsultation ziviler Fachärzte eine mit restriktiven Auflagen verbundene Maßnahme ist, zugunsten einer den örtlichen Verhältnissen angepaßten Regelung geändert werden könnte?

2.2.4 Zivilbehandlung durch Bw-Fachärzte in SanZentren

10. Sieht die Bundesregierung eine Möglichkeit, zumindest in strukturschwachen Regionen die SanZentren in die allgemeine gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einzubeziehen?

2.3 Stationäre Behandlungsebene

2.3.1 Leistungsspektrum der Bundeswehrkrankenhäuser

11. Teilt die Bundesregierung den Standpunkt der Fraktion der SPD, daß die Leistungsfähigkeit und Akzeptanz der Bundeswehrkrankenhäuser durch eine Aufgabenverschiebung von der stationären Regelversorgung hin zu einer

Spezialisierung in bestimmten Gebieten (z. B. Verbrennungsmedizin, Replantationschirurgie, plastische Chirurgie) bei gleichzeitiger Öffnung des Zuganges zu zivilen Krankenhäusern für stationäre „Routinebehandlungen" verbessert werden könnten?

2.3.2 Verweigerung der stationären Aufnahme

12. Ist der Bundesregierung bekannt, daß es immer wieder vorkommt, daß als sog. Notfallpatienten vom Truppenarzt zur stationären Aufnahme in Bundeswehrkrankenhäuser eingewiesene Soldaten oft nach langen, beschwerlichen Transporten vom aufnehmenden Krankenhausarzt wegen angeblich fehlender Indikation zur stationären Behandlung abgewiesen und zurückgeschickt werden? Wie gedenkt die Bundesregierung, durch entsprechende Weisungen dieses für den Patienten absolut unverständliche Vorgehen auszuschließen?

2.3.3 Verlegung aus zivilen in Bundeswehrkrankenhäuser

13. Wie gedenkt die Bundesregierung zukünftig zu verhindern, daß Soldatenpatienten, die im Rahmen einer Notfallbehandlung in einem zivilen Krankenhaus aufgenommen wurden, unmittelbar nach Wiederherstellung der Transportfähigkeit auch gegen den Patientenwillen in ein Bundeswehrkrankenhaus verlegt werden müssen?

14. Ist die Bundesregierung mit der Fraktion der SPD der Meinung, daß dieses Vorgehen weder dem Patienten wegen der unterbrochenen Behandlungskontinuität noch dem erstversorgenden Zivilkrankenhaus wegen der dort verbleibenden Hauptkostenlast zugemutet werden kann, und erkennt die Bundesregierung, daß dieses Vorgehen den Bemühungen um eine Verbesserung der zivil-militärischen Zusammenarbeit zuwiderläuft?

2.3.4 Bestandssicherung der Bundeswehrkrankenhäuser trotz Bettenabbau

15. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, den zur Erfüllung des Ausbildungs- und Verteidigungsauftrages erforderlichen Bestand an Bw-Krankenhausbetten aufrechtzuerhalten, wenn bei sinkender Präsenzstärke der Streitkräfte im Frieden zwangsläufig auch die Zahl der stationär zu behandelnden Patienten abnimmt? Oder nimmt die Bundesregierung an, daß die vermehrte Einziehung von Reservisten und von Wehrpflichtigen mit geringerer Tauglichkeit zu einem relativen Mehraufkommen an stationär zu behandelnden Patienten und damit zu einer absolut zumindest nicht zurückgehenden Belegung der Bundeswehrkrankenhäuser führt?

2.3.5 Effizienzsteigerung der Bundeswehrkrankenhäuser

16. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung getroffen, um ihre in der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion

der SPD zur sanitätsdienstlichen Versorgung der Bw (Drucksache 10/6339) erklärte Absicht zu verwirklichen, die Effektivität der Bundeswehrkrankenhäuser weiter zu steigern?

3. *Personal*

3.1 Truppenärztliche Behandlungsebene

3.1.1 Laufbahnerwartung von Sanitätsunteroffizieren

17. Wann ist mit der Realisierung der in der Stellungnahme zum Jahresbericht 1987 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages in Aussicht gestellten und von der Fraktion der SPD mit Genugtuung zur Kenntnis genommenen Höherdotierung der Dienstposten für Sanitätsgruppenführer auf Hauptfeldwebel/Stabsfeldwebel zu rechnen?

3.1.2 Anteil längerdienender Sanitätsoffiziere

18. Wann wird nach Ansicht der Bundesregierung der Abbau der sog. Restanten abgeschlossen sein?

19. Inwieweit werden bei der Umwandlung der Stellen für grundwehrdienstleistende Sanitätsoffiziere in Planstellen für längerdienende Sanitätsoffiziere strukturelle Gesichtspunkte berücksichtigt, so daß ein Beförderungs- und Verwendungsstau vermieden werden kann?

3.1.3 Präsenz der Truppenärzte bei dienstlichen Maßnahmen außerhalb des Standortes

20. Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu treffen, damit die ärztliche Versorgung der Soldaten zu jeder Zeit – unabhängig von der Anwesenheit des Truppenarztes am Standort, z. B. im Manöver – sichergestellt ist?

3.1.4 Frauen im Sanitätsdienst

21. In welchem Umfang wird sich die Entscheidung des Bundesministers der Verteidigung verwirklichen lassen, alle Laufbahnen des Sanitätsdienstes auch für weibliche Bewerber zu öffnen?

22. Hat die Bundesregierung bei dieser Entscheidung berücksichtigt, daß ohne einschneidende Gesetzesänderungen weibliches Sanitätspersonal nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst nicht für Wehrübungen zur Verfügung steht, damit nicht planmäßig fortgebildet und auch nicht für Mob-Verwendungen eingeplant werden kann?

23. Wie gedenkt die Bundesregierung, die sich aus den aufgezeigten Tatsachen ergebende Minderung der Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes für den Einsatzfall auszugleichen?

3.2 Fachärztlich-ambulante Behandlungsebene

3.2.1 Dienstpostenumfang für Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung in SanZentren und Fachärztlichen Untersuchungsstellen (FU-Stellen) der Bundeswehrkrankenhäuser

24. Hält die Bundesregierung den für Ärzte mit Gebietsbezeichnung vorgesehenen Dienstpostenumfang in SanZentren und FU-Stellen für ausreichend, um dem hohen Bedarf an wehrmedizinischer Fachbegutachtung in angemessener Entfernung zum Dienstort und ohne lange Wartezeiten gerecht zu werden?

25. Sieht die Bundesregierung auch die Gefahr, daß ein Aufwuchs an SanZentren ohne eine ausreichende fachärztliche Personalausstattung gerade dann, wenn auch die Truppenärzte über eine höhere fachliche Qualifikation verfügen werden, den eigentlichen Zweck der Aufstellung verfehlt?

3.3 Stationäre Behandlungsebene

3.3.1 Nachwuchs an Ärzten mit Gebietsbezeichnung

26. Welche Maßnahme wird die Bundesregierung treffen, um die für eine ordnungsgemäße Behandlung der Patienten und für eine qualifizierte Ausbildung der „Ärzte im Praktikum" erforderliche Zahl erfahrener Fachärzte und Assistenten sicherzustellen?

3.3.2 Nachwuchssicherung von SanOffz

27. Durch welche Maßnahmen will die Bundesregierung sicherstellen, daß eine ausreichende Anzahl erfahrener Assistenzärzte, d. h. Ärzte in einem fortgeschritteneren Stadium ihrer Weiterbildung, in den Bundeswehrkrankenhäusern zur Verfügung steht?

3.3.3 Nebentätigkeit von Abteilungsärzten

28. Ist der Bundesregierung bekannt, daß im Bereich der Bundeswehrkrankenhäuser einige Abteilungsärzte neben ihrem Gehalt durch Nebentätigkeit bis zu sechsstellige, in Einzelfällen bis zu siebenstellige Beträge pro Jahr zusätzlich verdienen und daß viele Abteilungsärzte keine angemessene finanzielle Beteiligung ihrer Mitarbeiter vornehmen?

29. Welche Regelungen hat die Bundesregierung zur Beteiligung der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter getroffen?

4. *Materielle Ausstattung*

4.1 Truppenärztliche Behandlungsebene

4.1.1 Sanitätsmaterial

30. Hält die Bundesregierung den Bestand an Sanitätsgerät auf der truppenärztlichen Behandlungsebene, insbeson-

dere bei dem angekündigten höheren fachlichen Weiterbildungsstand der Truppenärzte, für zeitgemäß, vollständig und ausreichend?

4.2.1 Materialausstattung in Facharztgruppen

31. Entspricht die vorhandene bzw. geplante materielle Ausstattung von Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung in den Sanitätszentren dem Niveau vergleichbarer ziviler Facharztpraxen?

32. Kann mit einer rechtzeitigen Bereitstellung der für eine zeitgemäße Geräteausstattung erforderlichen Haushaltsmittel gerechnet werden?

4.3 Stationäre Behandlungsebene

4.3.1 Materialausstattung in Bundeswehrkrankenhäusern

33. Hält die Bundesregierung ebenso wie die Fraktion der SPD unter der Voraussetzung, daß den Bundeswehrkrankenhäusern eine Spitzenstellung im gesamten Gesundheitswesen zukommen soll, deren Geräteausstattung für ausreichend und dem Stand moderner Medizintechnik angepaßt?

4.3.2 Nutzung der Medizingeräte in der regionalen Gesamtversorgung

34. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fraktion der SPD, daß sich die medizintechnische Ausstattung von Bundeswehrkrankenhäusern auch an dem regionalen Gesamtbedarf orientieren und eine zivil-militärische Zusammenarbeit in der Nutzung des Materials angestrebt werden sollte?

5. *Infrastruktur*

5.1 Truppenärztliche Behandlungsebene

5.1.1 Baulicher Zustand truppenärztlicher Behandlungseinrichtungen

35. Was gedenkt die Bundesregierung zu unternehmen, um die bauliche Infrastruktur truppenärztlicher Behandlungsbereiche durchgehend den Anforderungen an freundliche und funktionsgerechte Zivilarztpraxen anzupassen?

5.2 Fachärztlich-ambulante Behandlungsebene

5.2.1 Bautenstand SanZentren

36. Bis wann werden die baulichen Voraussetzungen zur Aufstellung aller vorgesehenen SanZentren erfüllt sein?

5.3 Stationäre Behandlungsebene

5.3.1 Bautenstand Bundeswehrkrankenhäuser

37. Sieht die Bundesregierung ebenso wie die Fraktion der SPD angesichts der Tatsache, daß durch Preissteigerungen

und durch gesetzliche Auflagen der Infrastrukturhaushalt für 1988/89 extrem belastet ist, dennoch wegen der besonderen fürsorgerischen Gesichtspunkte eine Möglichkeit, wenigstens für den Bereich des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr alle nach Bearbeitungsstand „reifen" Bauvorhaben in den Jahren 1989 und 1990 beginnen zu lassen?

B. Ausbildung im Sanitätsdienst

1. *Vorbemerkung*

Sowohl für den leistungsfähigen Friedenssanitätsdienst als auch für die Einsatzbereitschaft des Sanitätsdienstes in jeder Katastrophenlage kommt nach Überzeugung der Fraktion der SPD einem gut funktionierenden Ausbildungssystem höchste Priorität zu.

Primäres Ziel der Sanitätsausbildung muß es sein, das Sanitätspersonal zur Wahrnehmung seiner Aufgaben in einer dem zivilen Standard entsprechenden Friedensversorgung der Soldaten zu befähigen. Gleichzeitig muß dieses Personal auch für die zum Teil ganz anders gearteten Aufgaben im zivilen Katastrophenfall ebenso ausgebildet werden wie für den Einsatz im Spannungsfall, im Verteidigungsfall und danach.

Dieser doppelte Ausbildungsauftrag unterscheidet den Sanitätsdienst in erheblichem Maße von den übrigen Streitkräften, die in aller Regel nur für den Einsatzauftrag auszubilden haben.

Große Bedeutung kommt nicht zuletzt auch der Ausbildung der Truppe für eine qualifizierte Selbst- und Kameradenhilfe zu, da auf dieser Versorgungsebene der Grundstock für die weitere Versorgung der Verletzten gelegt wird.

Es kann nicht länger hingenommen werden, daß in bestimmten Verwendungen zweitrangig qualifiziertes Personal eingesetzt oder eingeplant wird, nur weil fachgerecht ausgebildete Spezialisten nicht zur Verfügung stehen. Eine nachträgliche Ausbildung unter Einsatzbedingungen im Sinne einer Einweisung scheidet im Interesse der Patienten aus.

Auch für die Attraktivität des Sanitätsdienstes wird es in Zukunft bedeutsam sein, in allen Verwendungsreihen nutzbare Berufsabschlüsse erwerben zu können, um so den Bestand an längerdienendem Sanitätspersonal sicherzustellen.

Im Hinblick auf diese Notwendigkeit ist die Forderung nach einem personell, materiell und infrastrukturell solide ausgestatteten Ausbildungssystem der Schlüssel für eine günstige weitere Entwicklung des Sanitätsdienstes. Nur durch hohe fachliche Qualität und Attraktivität wird der Sanitätsdienst zu einer bestandssichernden, unverwechselbaren Identität finden.

2. *Erfüllbarkeit des Ausbildungsauftrages*

2.1 Ausbildung von Sanitätspersonal

1. Welche Maßnahmen in der Ausbildung des Sanitätspersonals ergreift die Bundesregierung, um den zum Teil erheblich gestiegenen Forderungen der gesetzlichen Regelungen im Gesundheitswesen bei gleichzeitig zahlenmäßig steigendem Ausbildungsbedarf gerecht zu werden [z. B. Krankenpflegegesetz (neu), Rettungsassistentengesetz, Änderung der Approbationsordnung für Ärzte]?

2.2 Ausbildung an neubeschafftem Gerät

2. Hat die Bundesregierung bedacht, daß mit dem von der Fraktion der SPD begrüßten Zulauf einer neuen Sanitätsgerätegeneration und mit dem zunehmenden Einsatz von DV-Informationssystemen im Krankenhaus- und Institutsbereich auch ein erheblicher Ausbildungsaufwand verbunden ist, und wie will sie diesen bewältigen?

2.3 Ausbildung der Reservisten

3. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung zu ergreifen, um angesichts des im Sanitätsdienst überdurchschnittlichen Aufwuchses auf den Verteidigungsumfang den Gesamtbedarf an qualifiziert ausgebildeten Reservisten, insbesondere den seit Jahren bestehenden Mangel an spezialisierten Sanitätsunteroffizieren der Reserve, abzudecken und darüber hinaus dieses Personal in Übung zu halten?

2.4 Attraktivität für die Laufbahn der Sanitätsunteroffiziere

4. Welche Maßnahmen sind vorgesehen, um den besonders durch das neue Krankenpflegegesetz erzeugten Attraktivitätsverlust der Laufbahngruppen der Sanitätsunteroffiziere angesichts des zunehmenden Konkurrenzdruckes aus dem zivilen Bereich auszugleichen?

2.5 Vielfalt der Ausbildungsziele

5. Durch welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung, sowohl der Ausbildungsaufgabe für den Einsatz in der Friedensversorgung als auch gleichzeitig für den Einsatz im Katastrophenfall gerecht zu werden und mit dem gleichen Personal neben diesen Ausbildungsabschnitten dann auch noch die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung der Soldaten qualitativ hochwertig sicherzustellen?

2.6 Kosteneffizienz der Ausbildung

6. Ist die Bundesregierung mit der Fraktion der SPD der Auffassung, daß Ausbildung sich insbesondere angesichts knapper finanzieller Ressourcen an den Grundsätzen der Sparsamkeit und Kosteneffektivität messen lassen muß? Wenn ja, welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundes-

regierung, um den Sanitätsdienst in die Lage zu versetzen, die erforderlichen Ausbildungsmaßnahmen kosteneffizient zu planen, zu realisieren und zu steuern?

C. **Führbarkeit des Sanitätsdienstes**

1. *Vorbemerkung*

Die Aufsplittung der Führungszuständigkeit im Sanitätsdienst der Streitkräfte muß auf das unabweisbare Minimum beschränkt sein. Wenn auch das Prinzip der in die Teilstreitkräfte integrierten Sanitätsversorgung neben einem Zentralen Sanitätsdienst grundsätzlich nicht angetastet werden soll, so scheint es doch erforderlich zu sein, z. B. die Ausbildung, Materialversorgung, Personalplanung und Einsatzführung, weitestgehend in eine Hand zu legen.

Letzten Endes wird der Sanitätsdienst zukünftig mehr als heute auf die Zusammenarbeit mit zivilen Behörden und Gesundheitseinrichtungen und auf internationale Beziehungen angewiesen sein; diese zahlreichen Kooperationsebenen verlangen auf seiten des Sanitätsdienstes nach zentraler Führung.

Geradezu zwingend erscheint ein zentral geführter Sanitätsdienst im Aufgabenbereich der sog. Folgeversorgung auf Lazarettebene im Verteidigungsfall bzw. in jedem anderen Einsatzfalle. Hier darf es keine militärisch-hierarchischen Unterstellungsprobleme geben. In diesem Versorgungsbereich erfordern sämtliche Führungs- und Fachentscheidungen die unmittelbare Verantwortung durch sanitätsdienstliche Befehlsstellen, da nur dort der Sachverstand vorliegt und die unmittelbare Verbindung zu anderen Gesundheitsorganisationen fachkompetent wahrgenommen werden kann.

2. *Schwachstellen der jetzigen Führungsstruktur*

2.1 Unterstellungsregelung im Sanitätsdienst

1. Ist damit zu rechnen, daß nach Abschluß der Untersuchungen zur Wahrnehmung teilstreitkraftübergreifender Aufgaben im Sanitätsdienst Unterstellungsverhältnisse und Zuständigkeitsregelungen geschaffen werden, die dem Anspruch auf einheitliche Führung gleichartiger Bereiche gerecht werden?

2.2 Zivil-militärische Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

2. Hält es die Bundesregierung angesichts einer im Zuge der steigenden Industrialisierung immer dringender werdenden gemeinschaftlichen Katastrophenabwehr noch für zeitgemäß, einen Sanitätsdienst in einer noch aus dem Zweiten Weltkrieg stammenden Aufbauorganisation zu unterhalten?

2.3 Internationale Zusammenarbeit

3. Bestehen ausreichende Regelungen und Abstimmungen zwischen den verschiedenen nationalen Sanitätsdiensten, um im Falle der notwendigen Zusammenarbeit ohne Schwierigkeiten auf materiellem, personellem und verfahrenstechnischem Gebiet kooperieren zu können?

2.4 Blockübergreifende Vereinbarungen

4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fraktion der SPD, daß angesichts des umfassenden humanitären Auftrages aller Sanitätsdienste und im Interesse des Abbaus von Spannungen und Mißverständnissen zwischen den Blöcken auch eine entsprechende Zusammenarbeit mit Staaten des Warschauer Vertrages gesucht und unterhalten werden sollte?

2.5 Innere Struktur des Sanitätsdienstes

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die Möglichkeiten, innerhalb der Sanitätsstruktur eine organisatorische Aufgabenteilung nach amerikanischem Vorbild (Medical Corps/Medical Service Corps/Nurse Corps) vorzunehmen?

Bonn, den 12. Dezember 1988

Kolbow
Horn
Dr. Böhme (Unna)
Daubertshäuser
Erler
Frau Fuchs (Verl)
Gerster (Worms)
Heistermann
Dr. Klejdzinski
Koschnick
Kühbacher
Leidinger
Leonhart
Opel
Dr. Scheer
Steiner
Frau Traupe
Zumkley
Dr. Vogel und Fraktion

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 231967
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 201363, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (0228) 363551
ISSN 0722-8333